

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 150

A propos de
quelques cas de récidives “in situ”
après cessation délibérée
du Pneumothorax Thérapeutique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 24 Juin 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean BASTIDE

Né le 7 Octobre 1905, à ANDUZ (Gard)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

A PROPOS DE QUELQUES CAS DE RÉCIDIVES “IN SITU”
APRÈS CESSATION DÉLIBÉRÉE
DU PNEUMOTHORAX THÉRAPEUTIQUE

A propos de
quelques cas de récidives “in situ”
après cessation délibérée
du Pneumothorax Thérapeutique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 24 Juin 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean BASTIDE

Né le 7 Octobre 1905, à ANDUZ (Gard)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	GOLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	CAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	ETIENNE MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIEH
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance	MM. RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOUT	BERNHEIM	MORENAS
RHENTER	DEVIC	DECHAUME	REBATTU Ch
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch...
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBRON	ENSELME Ch...
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIRERT	SÉDALLIAN Ch..
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COURMONT, président; CHALIER J., assesseur;

DECHAUME et REBATTU

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ROSSEL BASTIDE, * ☿

Mort au Champ d'Honneur, le 11 Mai 1915.

A MA MÈRE

Témoignage d'amour filial
et d'admiration sans borne.

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE LE DOCTEUR DARMON

A MES GRANDS-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. COURMONT

*Professeur d'Hygiène,
Officier de la Légion d'honneur.*

Pour le grand honneur qu'il
nous fait en acceptant la prési-
dence de notre thèse et en témoi-
gnage de profonde admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ V. CORDIER

Officier de la Légion d'honneur.

En reconnaissance du cordial
accueil qu'il nous a fait dans son
service de l'Hôtel-Dieu et en re-
merciment des conseils éclairés
qu'il a bien voulu nous donner.
L'affection sincère que lui accor-
dent tous ses malades disent assez
son dévouement et la bienveillante
attention qu'il apporte à chacun
d'eux.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A MES MAÎTRES DES FACULTÉS DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER ET DE LYON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A PROPOS DE QUELQUES CAS DE RÉCIDIVES "IN SITU"
APRÈS CESSATION DÉLIBÉRÉE
DU PNEUMOTHORAX THÉRAPEUTIQUE

Avant-Propos

C'est naturellement que nous jetons un regard en arrière au début de ce traditionnel travail inaugural qui vaut surtout par l'orientation professionnelle définitive qu'il donne à notre vie.

Qu'on veuille bien nous permettre ici de nous pencher à notre tour sur notre passé sanatorial et de dire toute notre reconnaissance à ceux qui nous ont soigné et enseigné :

— Au Docteur DAVY, créateur et Médecin-Directeur du Village-sanatorium de Passy-Praz-Coutant où pendant un an et demi nous avons pu apprécier les merveilleux effets d'une cure sanatoriale strictement réglée.. C'est pendant notre « temps » de malade à Praz-Coutant que nous avons appris à connaître en même temps que la psychologie du malade la direction de la cure sanatoriale dans ses moindres détails et les multiples rouages médicaux et administratifs d'un sanatorium modèle.

Nous ne voulons pas oublier le Conseil d'administra-

tion de l'Association philanthropique des Villages-Sanatoriums. Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre admiration pour cette œuvre à laquelle tant de nos anciens camarades doivent la vie.

— Au Docteur TOBE, Médecin-Directeur des Sanatoriums d'Assy. C'est pendant un internat de plus de deux ans dans ses services que nous nous sommes familiarisé avec la technique et le diagnostic radiologiques ainsi qu'avec la pratique du pneumothorax artificiel. Nous essaierons toujours dans notre pratique personnelle de nous inspirer des principes de clarté et de décision que nous avons admiré chez lui à l'occasion d'innombrables examens cliniques.

Nous n'oublierons pas non plus les nombreuses conversations médicales familières que nous avons eues avec notre ami le Docteur M. DEGEORGES, Médecin résident du Grand Hôtel du Mont-Blanc, à Passy, ni l'enseignement pratique qu'il nous a donné dans son service sanatorial et à sa consultation hospitalière de Sallanches.

Introduction

Les indications du pneumothorax thérapeutique sont maintenant nettement posées, la technique de création et d'entretien est au point, les incidents en sont parfaitement connus. Une question particulièrement débattue en ce moment ne réalise pas l'accord de tous les esprits ; c'est celle de l'interruption de la cure. C'est à cette question que nous nous proposons d'apporter notre modeste contribution à la lumière de quelques cas observés en milieu sanatorial.

Il semble qu'une tendance se manifeste actuellement en faveur de l'abandon précoce et délibéré du pneumothorax artificiel. Sans méconnaître la légitimité d'une telle attitude dans certains cas, il nous a paru utile de signaler les dangers de sa généralisation systématique. Sans doute les auteurs recommandent-ils tous une grande prudence et la nécessité d'obéir à des règles strictes. Malheureusement l'idée a filtré dans les milieux cultivés déjà si difficiles à soigner surtout depuis que nous avons pris l'habitude de discuter nos opinions sur la place publique. Dans la pratique courante nous avons en effet décelé chez les malades des manifestations de la tendance actuelle et beaucoup d'entre eux ne relevaient nullement des cas de pneumo-

thorax à abandonner précocement. Aussi pensons-nous que notre travail ne sera pas inutile en apportant dans la question un élément de prudence.

Le mot fameux de Potain est d'une éclatante actualité et si le providentiel pneumothorax spontané « est un mal qu'il ne faut pas guérir » nous pensons qu'il est plus sûr de maintenir aussi longtemps que possible un collapsus artificiel, efficace et sans histoire. FORLANINI posait déjà la question de la guérison de la phtisie par le pneumothorax artificiel et quelques années plus tard, M. DUMAREST dans son traité classique envisageait la possibilité de l'entretien indéfini du traitement. Nous ne pouvons mieux faire d'ailleurs que de transcrire fidèlement son opinion : « Le pneumo-
« thorax pourrait être entretenu indéfiniment sans que
« a priori il en résulte un dommage pour quelque fonc-
« tion fondamentale. L'expérience ne nous permet pas
« encore de prouver cette possibilité par des faits, les
« cas le plus longtemps poursuivis parmi nos malades
« remontant à 9 et 10 ans. » Nous nous permettrons de considérer l'opinion de ce maître comme définitive et de nous en faire une règle de conduite jusqu'au jour heureux où une médication spécifique ou un moyen biologique nous permettra de guérir l'infection chronique qu'est la tuberculose. Nous croyons en effet avec M. KUSS « qu'il vaut mieux prolonger le traitement trop longtemps que d'exposer le malade à un réveil évolutif ».

L'abandon délibéré du pneumothorax artificiel

I. — COMMENT LA QUESTION SE POSE AU MÉDECIN ?

Un pneumothorax artificiel créé pour des lésions récentes, évolutives, unilatérales, donne s'il est efficace, un résultat rapide sur les phénomènes fonctionnels et généraux et le malade présente vite toutes les apparences d'une santé parfaite.

Au bout de deux ou trois ans d'entretien et de maintien d'un état de guérison apparente le malade demande fréquemment l'arrêt des insufflations.

La question est angoissante pour le médecin et la responsabilité de ce dernier est très grande.

Sans doute y a-t-il des raisons sérieuses au désir du malade d'en finir avec l'assujettissement des insufflations. On lui a fixé autrefois pour ne pas l'épouvanter un temps limite qu'il a pris l'habitude de considérer comme la date ultime de la libération.

Souvent, il est vrai, surtout dans les milieux populaires et moyens où les malades font une cure sanatoriale très longue l'expérience acquise, la connaissance de la maladie, font que ce temps fixé au début n'est plus considéré comme absolu et le maintien aussi pro-

longé que possible du pneumothorax est instamment demandé. Mais dans les milieux aisés, il arrive parfois qu'on se heurte à des décisions déjà prises étayées sur des conversations de gens du monde, des lectures paramédicales, des consultations plus ou moins bien interprétées de plusieurs médecins. De sorte que le praticien se trouve souvent dans ces cas avoir la main forcée et dans l'obligation de faire des concessions.

II. — LES CRITÈRES DE GUÉRISON ANATOMIQUE ET CLINIQUE

Quelle est l'action du pneumothorax dans la guérison anatomique? Nous savons, d'après les travaux de M. J. ROLLAND, que le collapsus ne détermine pas de processus fibreux dans le parenchyme sain. L'opinion d'un maître particulièrement éminent, M. E. RIST, consacre ses idées : « Les recherches anatomiques de J. Rolland portant sur un grand nombre d'autopsies ont clairement démontré que le collapsus ne détermine pas de sclérose dans les parties saines du poumon et ne peut donc être considéré comme l'agent direct de la cicatrisation dans les parties malades. Jusqu'à plus ample informé, la simple explication mécanique paraît de beaucoup la plus satisfaisante. Les mouvements physiologiques du poumon, « l'interminable conflit » dont parlait Carson, entre l'élasticité de l'organe qui tend à le réduire à son volume fœtal et l'action des muscles inspiratoires qui tend à le dilater à l'extrême sont, on le comprend sans peine, des obstacles permanents à tout processus de cicatrisation. Le collapsus détend et immobilise

« le poumon ; il lève ses obstacles mécaniques. S'il
« existe une tendance à la guérison spontanée, il lui
« laisse libre jeu. C'est une vérité d'expérience qu'une
« tuberculose du genou ou de la hanche ne peut guérir
« que si l'on immobilise la jointure malade. Un pneu-
« mothorax efficace fait à peu près pour le poumon
« tuberculeux ce qu'un appareil plâtré soigneusement
« posé, fait pour un genou atteint de tumeur blanche.
« *On peut donc considérer l'action du pneumothorax*
« *comme essentiellement négative.* Le pneumothorax
« supprime l'obstacle le plus redoutable à la guérison
« spontanée ; *il ne crée rien de nouveau. Il n'exerce*
« *aucune influence spécifique sur la virulence ou la*
« *vitalité du bacille tuberculeux. La guérison propre-*
« *ment dite est due à un processus d'immunité acquise*
« *dont la nature exacte est encore extrêmement obs*
« *cure. Il n'est pas prudent de confondre ce processus*
« *avec l'action mécanique du pneumothorax.* »

Le pneumothorax joue donc un rôle passif en supprimant « l'interminable conflit », mais c'est au terrain à faire le reste. Cette notion si ancienne et si mal connue nous paraît être essentielle. Il y a des tuberculeux qui guérissent spontanément, d'autres qui ne le peuvent. Nous ne pouvons faire, de façon absolue, un diagnostic de terrain même si nous pensons avoir modifié favorablement ce dernier par une longue cure de repos. Aussi devons-nous faire confiance aussi longtemps que possible au pneumothorax qui, par son action locale arrête l'évolution et permet ainsi, même aux terrains défavorables, de vivre avec une guérison apparente.

Nous savons, en effet (Rolland, Lindblöm), que dans des poumons collabés, il se forme, à côté du travail sclérogène, des nodules jeunes témoins de l'activité latente des foyers.

Comment donc préjuger de l'effet de ce « processus d'immunité acquise », dont la nature nous échappe ; comment, en présence d'un pneumothorax ayant fait apparemment son œuvre, nous rendre compte de la présence ou de l'absence d'un foyer en puissance d'activité ?

Les précautions à prendre au moment du relâchement du pneumothorax ne nous paraissent pas constituer une garantie suffisante. Nous avons trop vu d'images thoraciques redevenues normales, montrant plus tard les mêmes lésions qu'autrefois.

Voyons d'ailleurs en quoi consistent ces précautions et quels sont les critères de guérison clinique.

La durée utile du pneumothorax artificiel est essentiellement variable. Des règles générales de conduite ont été énoncées dont nous allons parler plus loin, mais là comme toujours en médecine, et surtout en tuberculose pulmonaire, on est obligé de considérer chaque cas particulier. Tout tuberculeux présente en quelque sorte une forme qui lui est propre, son avenir, comme on l'a dit si justement, se lit dans son passé, et l'on peut faire des cadres élargis dans lesquels on considérera les antécédents, l'évolution antérieure, les maladies intercurrentes, la psychologie du malade, le surmenage, etc., etc... Néanmoins, on devra toujours, en présence de cette maladie si polymorphe, si capricieuse dans son évolution, compter avec l'imprévisible.

Nous nous permettrons de citer les phrases suivantes extraites d'un article de MM. le Professeur L. BERNARD, BARON, TRIBOULET et VALTIS (*Presse Médicale*).

« Il n'existe à l'heure actuelle aucun critérium permettant d'estimer que l'œuvre de guérison dans le poumon collabé, est achevée et d'être sûr que la cicatrisation est assez solidement accomplie pour que l'organe puisse, sans dommage, reprendre sa situation et ses fonctions physiologiques... Tantôt un pneumothorax de quelques mois ou dépassant à peine une année peut suffire à la cicatrisation complète et durable de lésions pulmonaires ; tantôt, au contraire, un collapsus d'une durée dépassant les limites convenues, se révèle insuffisant à produire la guérison... »

Et les auteurs concluent en recommandant un très grand éclectisme et en formulant des règles générales dont la principale est qu'il faut avant tout tenir compte de la forme évolutive des lésions pour lesquelles le pneumothorax a été créé, de leur âge et de leur étendue. C'est ainsi que les pneumothorax créés par mesure de sécurité dans des cas de poussées pneumoniques tuberculeuses spontanément curables le plus souvent, pourront être abandonnés assez précocément. Par contre, l'immense majorité des pneumothorax faits pour des lésions ulcéreuses ou ulcérées exigera un entretien très long.

On peut ainsi présenter des cadres généraux dans lesquels entrent à considérer :

1. — La forme antérieure ayant provoqué la création du pneumothorax.

a) Poussée pneumonique.

b) Ulcération pneumonique.

âge

nombre

dimension (évidements)

c) Forme nodulaire étendue.

2. — La conduite du pneumothorax.

a) La rapidité des effets de la collapsothérapie sur les signes généraux et fonctionnels. Date de la disparition définitive des bacilles dans l'expectoration.

b) Les incidents :

pulmonaires : poussées évolutives dans le moignon.

pleuraux : hydrothorax banal, pleurésie séro-purulente avec participation pleurale.

3. — L'état du côté opposé et l'état des autres organes (cardiopathies, diabète, insuffisance hépatique, gestation., etc.)

4. — La condition sociale et la psychologie du malade.

5. — Enfin condition particulièrement importante, la surveillance étroite de la réexpansion pulmonaire et l'image radiographique du poumon, le pneumothorax étant en hypotension. « Poche de sécurité ». (L. Bernard.)

Il sera de toute utilité quand on le pourra, de prendre des clichés en série qui auront le double avantage de permettre une étude comparative rigoureuse et de

constituer des documents objectifs de première valeur pour l'avenir.

L'abandon du pneumothorax artificiel devra donc, de préférence, se faire en milieu sanatorial. Le malade, pendant ce temps, sera soumis à une longue et minutieuse observation et en plus des précautions précitées, le médecin devra faire appel à tous les moyens en son pouvoir pour déceler les premiers signes de reprise d'évolution. En particulier, on tiendra un très grand compte des indications des courbes de température d'effort et prémenstruelle, de poids, auxquelles on pourra adjoindre utilement certains procédés de laboratoire : séro-pronostic d'Arloing et P. Courmont (séro-agglutination et pouvoir bactéricide du sérum) et sédimentation globulaire. On pratiquera, bien entendu la recherche systématique fréquemment répétée des bacilles dans les crachats à l'examen direct, vérifié au besoin par homogénéisation et inoculation au cobaye.

On voit, par conséquent, combien la question est complexe, de quelles garanties on doit s'entourer avant de prendre une décision qui peut être lourde de conséquences. Et l'on ne peut s'empêcher de penser à la sagesse du charpentier de M. Dumarest qui « ne veut pas lâcher la proie pour l'ombre ni sacrifier la certitude de son état actuel à la possibilité d'inconvénients ultérieurs ».

III. — LES DANGERS DE L'ENTRETIEN TROP LONGTEMPS PROLONGÉ DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Contrairement aux opinions admises jusqu'à ces dernières années, de nombreux auteurs et en particu-

lier M. Rist et son école, préconisent l'abandon délibéré du pneumothorax artificiel après guérison présumée. M. Rist conseille « de ne pas prolonger le collapsus à l'excès, car on entrerait alors dans une phase où les inconvénients de l'entretien du pneumothorax thérapeutique l'emportent manifestement sur ses avantages ».

Ces inconvénients existent en effet et ils sont particulièrement étudiés dans la thèse de P. Véran. Nous allons les résumer :

I. — Les pleurésies purulentes tardives septiques ou tuberculeuses.

L'apparition d'une pleurésie hématique à l'occasion d'une infection intercurrente (grippe, angine, colite), rapidement transformée en pleurésie purulente, est en effet possible dans une cavité pleurale traumatisée depuis longtemps. P. Véran présente à ce sujet quatre observations très démonstratives et qu'il est utile de connaître.

Partisan convaincu de l'entretien aussi prolongé que possible du pneumothorax artificiel, nous ne voulons pas méconnaître les inconvénients que peut présenter notre attitude.

Sur un nombre important de dossiers de porteurs de pneumothorax dont certains très anciens (7 à 10 ans), nous n'avons jamais relevé de cas semblables.

Après enquêtes auprès de nombreux phthisiologues ayant une longue expérience, notre impression est que cette complication est extrêmement rare et que s'il ne faut pas la méconnaître, elle ne peut être mise en pa-

rallèle avec les risques beaucoup plus grands de rechute qu'entraîne l'arrêt du collapsus.

A notre avis, les dangers courus par l'entretien prolongé du pneumothorax sont beaucoup moindres que ceux qui se présentent après l'abandon.

II. — La crainte de non réexpansion du poumon.

Elle n'est en effet pas « chimérique dans les pneumothorax artificiels de vieille date » (P. Vérant), mais elle est rare. Dans la majorité des cas, le poumon revient plus ou moins lentement à la paroi. Nous en avons vu mettre une année et plus à se « recoller » et dans ces cas l'épanchement pleural de décompression (épanchement de signature), s'est toujours résorbé peu à peu au fur et à mesure de la progression de la symphyse.

Dans quelques cas, il est vrai (cas déjà constaté par Forlanini sur une autopsie d'un ancien porteur de pneumothorax abandonné depuis deux ans), le moignon, après avoir présenté une légère expansion, reste fixé et une grande cavité persiste avec souvent un épanchement plus ou moins important et puriforme. Dans ces cas, la réexpansion pulmonaire semble être neutralisée par une rigidité pleurale passive, un véritable plastron résultant d'une pachy-pleurite intense. La rétraction de l'hémi-thorax et l'attraction du médiastin ne suffisent pas à combler la poche résiduelle et le « fibro-thorax » reste incomplètement constitué.

Presque toujours, on observe ces cas dans des pneumothorax créés pour des lésions très importantes, étendues, où les incidents pleuraux ont été fréquents. Les endoscopies montrent dans ces cas des plèvres far

cies de nodules ayant nécessité des ponctions, voire même des injections d'huile et par conséquent où la réexpansion pulmonaire n'est pas à souhaiter, car elle offre, semble-t-il, un danger plus certain que le risque aléatoire d'infection pleurale septique.

— M. F. Dumarest signale comme inconvénient à l'entretien très prolongé du pneumothorax artificiel, le surmenage possible du cœur droit par suite de l'obstacle opposé à la chasse circulatoire par des moignons pulmonaires trop densifiés du fait de la sclérose et des épaississements pleuraux trop considérables.

Mais nous venons de voir comment ces signes sont directement proportionnels à l'importance et à l'étendue des lésions et par conséquent comment ces dernières, laissées à elles-mêmes, constituent un danger immédiat plus certain que la menace lointaine d'asystolie.

IV. — LES AVANTAGES DE L'ENTRETIEN PROLONGÉ LES PNEUMOTHORAX DE COMPRESSION ET LES PNEUMOTHORAX DE RÉTRACTION

Nous arrivons à une distinction qui nous paraît devoir être faite entre les pneumothorax dits de « compression » et ceux dits de « rétraction ».

Les partisans de l'abandon du pneumothorax artificiel, après un temps déterminé d'efficacité, insistent à juste titre sur l'importance des incidents survenus au cours du traitement : Un pneumothorax fait pour des lésions récentes, rapidement efficace, peut être

abandonné après quatre ans environ d'efficacité. Nous entendons bien par « efficacité » l'arrêt complet et maintenu pendant deux ans au moins des symptômes fonctionnels (B. K. expectoration, toux...) et généraux (température, amaigrissement, troubles digestifs...). Un pneumothorax lent à être efficace, soit en raison de l'irrétectilité des zones malades, soit surtout par suite de la présence de brides ayant ou non nécessité une section, doit être abandonné plus tard.

Ceci est fort juste. Mais nous sommes plus rigoureux.

En effet, nous avons déjà dit comment des lésions jeunes, très rapidement cicatrisées spontanément, consolidées par une cure de un an à 18 mois, se rouvrent très souvent dans les années qui suivent. Le fait que ces mêmes lésions ont été collabées ne nous paraît pas être une condition de sécurité plus grande contre la rechute.

Par conséquent, même pour des lésions récentes, nous estimons qu'il y a intérêt à conserver le pneumothorax. D'ailleurs, dans ces cas, le collapsus est le plus souvent électif, une très grande surface respiratoire reste, les pressions ont toujours été et demeurent négatives, le pneumothorax paraît à l'écran être la méthode exquise favorisant uniquement la rétraction des parties malades. De tels pneumos ne présentent pour ainsi dire jamais « d'incident de cure », on n'observe en particulier que très rarement chez eux l'apparition d'épanchements pleuraux.

Ces pneumothorax de « rétraction » sont les seuls que nous consentirions à abandonner au bout du temps d'é-

preuve d'efficacité. Mais dans ces cas, l'entretien des insufflations nous paraissant absolument sans aucun danger, nous conseillons vivement de les maintenir sinon jusqu'à la symphyse progressive, du moins pendant 6 à 7 ans.

Pour les pneumothorax de « compression » ayant nécessité des pressions supérieures à la pression atmosphérique, soit par suite de l'irrétactilité du moignon et de son inertie (fait fréquent dans les cas de blocs pneumoniques caséeux ou de lésions ulcérées déjà organisées dans le sens fibreux), soit par suite de la présence de brides qu'on essaie prudemment de « réduire » par les simples pressions positives, soit encore par suite de poussées évolutives qui se sont produites dans le moignon, dans tous ces cas que nous groupons sous le terme de pneumothorax de compression, nous estimons que les insufflations doivent être entretenues plus longtemps. Parmi ces pneumothorax, les uns sont de compression définitifs, les autres, plus nombreux, de compression temporaires, ont pu être ramenés progressivement à une pression négative après obtention de l'efficacité (pneumothorax électifs secondairement)

Les résultats obtenus après abandon délibéré du pneumothorax artificiel

LES STATISTIQUES

Dans ces dernières années, des travaux statistiques importants ont été faits sur la question, en particulier dans le service de M. le docteur Rist.

Tous ces travaux sont remarquables par la richesse de la documentation et la rigueur des statistiques. Ils ne pouvaient être faits que dans un service hospitalier organisé comme l'est celui de l'hôpital Laënnec, que dirige si magistralement depuis 1911 M. Rist.

Que les auteurs veuillent bien trouver ici nos remerciements pour les matériaux si précieux qu'ils nous ont fournis. Si nos conclusions sont un peu différentes — moins qu'elles ne le paraissent en vérité —, cela tient surtout à ce que les conditions d'observations ne sont pas superposables.

M. Pierre NAVEAU fait, dans sa thèse, une étude très complète sur les résultats du pneumothorax artificiel basée sur 1.195 cas, dont 764 créés pour tuberculose pulmonaire unilatérale. Dans ce travail, l'auteur fait judicieusement une première grande division entre

les pneumothorax « à chaud » et les pneumothorax « à froid », et dans ces derniers, un grand nombre de subdivisions suivant : 1) l'ancienneté des lésions, 2) l'âge et le sexe, 3) le développement du pneumothorax, 4) l'apparition d'un épanchement, 5) la durée du traitement, 6) le processus de guérison, 7) les causes d'échec (complications), 8) le terrain.

Dans cette longue étude, le point qui nous intéresse ici, c'est le résultat en fonction de la durée du traitement. Les conclusions de P. Naveau sont les suivantes :

Moyenne de 32 mois chez les malades qui se maintiennent guéris après abandon.

Moyenne de 36 mois chez ceux qui conservent encore le pneumothorax.

La moyenne de durée du traitement est donc de trois ans environ, mais l'auteur reconnaît que « plus le traitement a été longtemps poursuivi et plus le malade qui abandonne son pneumothorax a des chances de guérir ».

Ce conseil de prudence dans les formes fibro-caséuses communes devient une indication formelle dans les cas aigus, formes caséuses ou pneumoniques ulcérées étendues (pneumothorax « à chaud »).

Recherchant ensuite le nombre de malades qui ont présenté une reprise d'évolution après cessation du traitement pour guérison apparente, l'auteur n'en trouve que 4 sur 39, dont un seul ayant récidivé dans le poumon antérieurement collabé. Le pourcentage est encourageant puisqu'il s'agit de 90 % des cas maintenus guéris après l'interruption du traitement. Mais ce chiffre n'est basé que sur 39 malades.

Nous ne pouvons pas faire de statistique, néanmoins notre impression est moins favorable. Les conditions sanatoriales et hospitalières sont essentiellement différentes. C'est parmi les malades revenant au sanatorium pour rechute que nous devrions relever le pourcentage des anciens porteurs de pneumothorax.

Récemment, M. P. Vêran a fait également, dans les services de M. Rist, une étude statistique fort détaillée sur la cessation du pneumothorax artificiel.

Sur 181 cas de guérisons « demeurées parfaites depuis cessation des insufflations », 100 abandons de pneumothorax remontent seulement à un ou deux ans ; les autres remontent à 5 et 13 ans.

Nous ne voulons pas nous montrer trop exigeant et pessimiste et nous reconnaissons que le résultat est très beau. Mais nous estimons que la majorité de ces guérisons ne jouit pas d'un recul suffisant. Malgré nous, en effet, nous pensons à tout le cortège de « rechutes » qui retournent au sanatorium après des guérisons spontanées maintenues pendant deux à cinq ans. Nous voyons par contre un nombre important de « vieux pneumos » toujours entretenus et qui vont tout à fait bien malgré une vie active normale. Si une lésion ulcérée fermée spontanément récidive assez souvent après une période de guérison apparente variant entre deux et six ans environ, nous pensons que cette règle est également vraie pour les lésions anciennement collabées.

Or, l'entretien de l'immobilisation du moignon est un gage de sécurité considérable, pourquoi vouloir le perdre délibérément ?

Les raisons morales et sociales invoquées ont leur valeur, mais ne nous paraissent pas être des « impératifs catégoriques ».

Toutes choses égales d'ailleurs, il est intéressant de comparer les résultats de ces statistiques avec ceux publiés par M. Dumarest dans son traité classique sur la pratique du pneumothorax thérapeutique. Sur 229 observations de malades traités par le pneumothorax artificiel, M. Dumarest relève 15 cas de guérison « idéale » maintenue après abandon du pneumothorax, et 75 cas de pneumothorax toujours entretenus qui sont considérés par l'auteur comme guéris. Les autres observations relèvent de cas divers. Sans doute le pourcentage restreint de 6,5 % de guérisons maintenues après abandon du pneumothorax se trouverait amélioré si nombre des pneumothorax encore entretenus avaient été relâchés. De même, il importe au premier chef de tenir compte pour ces statistiques de leur décalage dans le temps : celle de M. Dumarest a été faite en 1922 et porte sur des cas moins favorables que ceux d'aujourd'hui qui ont été traités plus précocément et plus largement.

Néanmoins, nous croyons que les guérisons « idéales » restent l'exception et que le pourcentage optimiste de M. Véran ne peut être pris comme absolu ; près des deux tiers des résultats en effet n'ont pas, à notre avis, un recul suffisant.

Tout est question d'espèce, c'est entendu, et il importe, comme le disent justement les partisans de l'abandon délibéré du pneumothorax de suivre dans cette opération, des règles de conduite déterminées en s'en-

tourant de toutes les précautions indispensables. Mais alors il est difficile de faire des statistiques.

P. Véran pense que « le moment est venu de tirer la leçon des faits et de prendre logiquement parti pour ou contre l'interruption opportune du pneumothorax ». Nous pensons que l'avenir seul tranchera la question et en particulier les statistiques comparatives futures des résultats éloignés obtenus par l'entretien très prolongé d'une part et par l'abandon après guérison clinique d'autre part.

RÉCIDIVES « IN SITU » ET BILATÉRALISATIONS

Il n'est pas rare de voir rentrer en sanatorium des malades pour des reprises d'activité dans des poumons anciennement collabés. Il est, nous le reconnaissons, plus fréquent d'observer des cas de bilatéralisations chez des anciens porteurs de pneumothorax, mais alors on fait presque toujours dans ces cas l'une des constatations suivantes :

1° Le poumon anciennement collabé présente quelques signes plus ou moins discrets d'activité et il est de toute vraisemblance que la récurrence « in situ » apparue insidieusement a précédé et provoqué la bilatéralisation.

2° Le poumon anciennement collabé est en apparence complètement cicatrisé ; on est alors amené à se demander si le maintien du collapsus n'aurait pas préservé le côté symétrique par effet contro-latéral.

Nous savons en effet que les bilatéralisations sont souvent des poussées évolutives autour de lésions dis-

crètes préexistantes. Tout le monde est d'accord pour reconnaître combien est relative l'unilatéralité des lésions. Nous avons d'autre part la conviction qu'un bon pneumothorax efficace bien installé n'amène pas de surmenage du côté opposé même si ce dernier est touché et dans ce cas au contraire peut favoriser les rétractions cicatricielles de ce côté. Sans accorder en effet une importance qu'elle n'a pas à l'action contrôlatérale nous ne croyons pas qu'on puisse la nier.

Aussi pensons-nous que dans presque tous ces cas de bilatéralisations ou bien l'ensemencement du côté sain s'est fait par embolie bronchique à la suite de récidence du côté anciennement collabé, ou bien par réactivation de lésions discrètes restées inactives pendant toute la durée du traitement.

Dans ces conditions le maintien prolongé du collapsus nous paraît être la meilleure garantie contre la bilatéralisation et a fortiori contre la récidence « in situ ».

Documentation

Nous avons rigoureusement écarté de notre documentation les cas de pneumothorax abandonnés prématurément, soit résolument par le malade, soit par suite d'incidents pleuraux symphysants, soit même délibérément par le médecin.

Nous ne présentons que des observations de pneumothorax entretenus pendant au moins un an et demi et abandonnés délibérément.

De plus, nous n'avons relevé que des cas pour lesquels des images radiographiques nous ont permis de contrôler l'histoire. Nous nous excusons de ne pouvoir reproduire ici les clichés qui seraient bien plus démonstratifs que de longs discours.

PNEUMOTHORAX CREES POUR DES LESIONS UNILATERALES

OBSERVATION I

Mademoiselle De..., 19 ans.

Antécédents : Erythème noueux en 1923, à l'âge de 10 ans.

Histoire clinique antérieure :

Juillet 1924. — Début insidieux par cortico-pleurite (?) gauche.

Jusqu'en juin 1925 cure de repos à Arcachon.

Juin 1925. — Création d'un pneumothorax artificiel gauche par le Dr Ameuille, pour :

Grosse zone condensée et excavée de la région juxta-hilaire gauche.

A droite : image thoracique normale.

Pendant deux ans le pneumothorax parfaitement efficace est entretenu sans histoire et la malade mène une vie de cure à Hauteville et aux environs de Paris.

Octobre 1927. — Abandon délibéré du pneumothorax probablement sur les instances de la malade et de la famille pour des raisons mondaines.

Février 1928. — Récidive (toux, expectoration légère, mais B. K. +, température subfébrile).

Une radiographie prise à cette époque à Hauteville en oblique antérieure gauche montre une petite cavité postérieure juxta-hilaire. Le poumon est à la paroi.

A ce moment on tente la reprise du pneumothorax mais on abandonne ce dernier six mois après (août) en raison de l'inefficacité du décollement partiel.

Vie de cure et lésions torpides jusqu'en janvier 1930.

Janvier 1930. — Apparition d'une poussée évolutive avec fièvre et crachats hémoptoïques; B. K. +;

En mars, retour des mêmes phénomènes.

Aurothérapie à doses massives (dose totale 16 gr. 50 de crisalbine) sans grand résultat.

Janvier 1932. — Entrée au Sanatorium Grand Hôtel du Mont-Blanc : Etat général splendide.

Expectoration rare (un à deux crachats par jour) mais toujours bacillifère. Apyrexie.

A l'auscultation : râles bulleux à caractère consonnant apparaissant après la toux en arrière dans l'espace inter-scapulo-vertébral gauche.

En position antérieure, l'image radiologique montre peu de chose, seul un film partiel centré en oblique antérieur

gauche sur la partie moyenne rétro-cardiaque montre une zone spongieuse manifestement ulcérée.

Par ailleurs, les deux champs pulmonaires sont rigoureusement normaux.

18 janvier 1932. — La phrénicectomie est pratiquée par le Dr Maurer pour accentuer si possible la tendance rétractile déjà marquée (attraction du cœur).

OBSERVATION II

Monsieur Des..., 34 ans.

Antécédents : un frère mort de tuberculose pulmonaire;

Un autre frère soigné pendant sept ans en sanatorium.

Début : En 1926 insidieux par symptômes généraux après para-typhoïde A. B. K. +.

La radiographie montre une cavité isolée à la partie moyenne du poumon droit.

L'image radiographique de l'hémi-thorax gauche paraît normale.

Septembre 1926. — Création d'un pneumothorax artificiel droit. Pneumo complet rapidement efficace, mais sujet indocile faisant une cure de repos très fantaisiste.

Février 1927. — Bilatéralisation aiguë (foyer pneumonique à point de départ hilaire).

Le pneumothorax bilatéral d'abord refusé est créé peu de temps après à Paris (Dr Ameuille).

Une radiographie montre un décollement complet des deux poumons.

Pendant deux ans et demi cure de repos et d'entretien régulier du pneumothorax bilatéral. Grosse amélioration :

Pas d'expectoration, pas de B. K.

Augmentation de poids de 20 kilos.

Par conséquent, pneumothorax bilatéral bien toléré et efficace.

Fin été 1929. — Le pneumothorax droit difficile à insuf-

fler est *délibérément* abandonné (trois ans environ après création).

Janvier 1930. — Réapparition insidieuse et progressive des symptômes fonctionnels et généraux en relation avec une reprise d'activité des lésions droites (pas de document radiologique).

Jusqu'en avril 1931. — Cure de repos et entretien du pneumothorax gauche avec comme adjuvant un traitement aurothérapique (crisalbine).

Avril 1931. — La phrénicectomie droite est pratiquée par le Dr de Martel.

Novembre 1931. — Entré au Sanatorium Grand Hôtel du Mont-Blanc.

L'image radiographique montre :

A gauche : pneumothorax toujours entretenu en hypotension et montrant un parenchyme d'apparence sain.

A droite : bonne remontée de l'hémi-diaphragme. Paralyse complète. Attraction considérable de la trachée et du médiastin supérieur.

Infiltration des lobes supérieur et moyen avec limitation scissurale et présence d'une grosse cavité anfractueuse dans la région sous-claviculaire.

Etat général médiocre. Dyspnée d'effort marquée.

Expectoration assez abondante et B. K. +.

OBSERVATION III

Madame Lab..., 28 ans.

Lourds antécédents héréditaires et collatéraux.

Avril 1921. — Début insidieux par amaigrissement et toux. B. K. +.

Une radiographie montre :

Un semis nodulaire occupant le 1/3 supérieur du poumon gauche avec images lacunaires sous et rétroclaviculaires.

A droite, image d'hémi-thorax quasi-normale : quelques travées discrètes sous-claviculaires d'aspect fibreux.

Création à cette époque d'un pneumothorax artificiel gauche. Pneumo complet rapidement efficace et entretenu régulièrement pendant un an et demi.

Octobre 1922. — Abandon délibéré du pneumothorax après guérison apparente présumée.

Etat de guérison maintenu pendant 6 ans et 1/2.

Mars 1929. — Après un accouchement normal et un allaitement de deux mois et demi, apparition des symptômes généraux (asthénie, amaigrissement) bientôt suivie de la toux et de l'expectoration, B. K. +.

Séjour de trois mois dans le midi.

Juin 1930. — Entrée au Village Sanatorium de Passy-Praz-Coutant.

Expectoration : 2-3 crachats, B. K. +.

Température subfébrile.

La radiographie montre :

A gauche : une opacité homogène de tout le champ pulmonaire avec sous la clavicule deux images de cavernes superposées au même niveau que les anciennes.

A droite : Mêmes condensations discrètes fibreuses ne donnant aucun signe d'activité.

OBSERVATION IV

Mademoiselle Tr..., 26 ans.

Pleurésie sèche à droite à l'âge de 15 ans.

Février 1921. — Début aigu pneumonique (Température: 40 pendant une dizaine de jours) à gauche avec réaction pleurale ayant nécessité deux ponctions successives d'un liquide séro-fibrineux.

Résorption rapide, par la suite, de l'épanchement.

Mai 1921. — Réapparition de la fièvre et de la toux ainsi que de l'expectoration B. K. +.

Création par le Dr Rist d'un pneumothorax artificiel gauche pour lésions excavées du sommet. Apparition de liquide à deux reprises et pneumo complètement efficace au bout de dix mois.

Plus d'expectoration. Pas de bacille.

Côté droit indemne.

Octobre 1923. — Bilatéralisation sub-aiguë : foyer de condensation excavé juxta-scissural droit.

Le pneumothorax artificiel gauche régulièrement entretenu depuis deux ans est délibérément abandonné et l'on crée un pneumothorax artificiel droit (Dr Rist).

Résultat excellent et rapide. — Vie de cure.

Pendant 3 ans entretien du pneumo droit. — Rien de nouveau à gauche (pas de document radiologique pendant cette époque).

Mai 1926. — Amaigrissement et réapparition de la fièvre et de l'expectoration. Le Dr Rist constate la présence d'un foyer gauche intéressant le 1/3 supérieur et arrête le pneumothorax droit en fin 1926.

Janvier 1927. — Entrée au Village sanatorium de Passy-Praz-Coutant. Température subfébrile.

Expectoration abondante : 30 crachats environ.

La radiographie d'entrée montre :

A gauche : condensation du tiers supérieur avec caverne rétro-claviculaire, opacité homogène de la base.

A droite : zone de condensations juxta-scissurale sans image lacunaire, ne donnant aucun signe d'activité.

Novembre 1928. — Malgré la cure de repos et une phrénectomie gauche pratiquée en février 1928 (Dr Cléret) avec résultat opératoire complet la radiographie montre un agrandissement considérable de la caverne constituant un évidement presque complet du tiers supérieur et une extension à tout le reste du champ pulmonaire de la tendance condensante.

Le côté droit reste inactif et les images juxta-scissurales d'aspect fibreux paraissent fixées.

La thoracoplastie gauche proposée n'a pas été acceptée.

OBSERVATION V

Mademoiselle S..., 20 ans.

Pleurite en 1919.

Août 1920. — Début apparent par hémoptysie.

La malade fait trois séjours à Durtol motivés par des poussées successives.

Novembre 1922. — Création à Chamonix (Dr Tobé) d'un pneumothorax artificiel gauche pour des lésions ulcérées du lobe supérieur.

Le côté droit est sain. A peine note-t-on quelques taches crétaquées dans le lobe supérieur.

Le pneumothorax est rapidement efficace et on l'entretient pendant 4 ans et demi.

Mai 1927. — Après espacement des insufflations et surveillance attentive de la réexpansion pulmonaire le pneumothorax est délibérément abandonné (Dr Ameuille).

La guérison apparente se maintient pendant 15 mois.

Août 1928. — Pendant des vacances en Suisse une poussée aiguë survient avec fièvre élevée et expectoration abondante.

8 septembre. — Retour à Chamonix.

La radiographie montre la présence d'une grosse caverne dans la région sous-claviculaire gauche au même niveau que les anciennes lésions.

On a l'impression d'une forme à évolution aiguë, la température reste élevée, les lésions sont très sécrétantes et l'état général profondément atteint. Le côté droit n'a pas bougé.

A la 5^e tentative de reconstitution du pneumothorax on obtient un décollement partiel du poumon. Le lobe supérieur reste adhérent et non collabé, néanmoins la poche gazeuse obtenue à la base amène une détente favorable en

arrêtant l'évolution et en favorisant la reprise de l'état général.

30 décembre 1928. — La thoracoplastie est faite (Dr Maurer) et détermine un collapsus complet du poumon gauche. Excellent résultat immédiat mais apparition un mois après d'une poussée évolutive dans le lobe supérieur droit qui s'ulcère rapidement.

Avril 1929. — Obitus.

OBSERVATION VI

Monsieur L..., 29 ans, Médecin (Observation déjà publiée).

Début : aigu en novembre 1918 : forme ulcéro-caséreuse du lobe supérieur droit.

Mars 1919. — Devant l'inefficacité de la cure hygiéno-diététique un pneumothorax artificiel droit est créé par le Dr Mantoux au Cannet.

Résultat immédiat excellent. Collapsus parfaitement efficace.

En 1922. — Un épanchement pleural apparaît qui nécessite trois ponctions évacuatrices successives et finalement se résorbe en laissant un collapsus intact.

Le malade peut mener alors une vie à peu près normale et reprendre son activité.

Mars 1925. — Cessation des insufflations après six années de traitement.

Janvier 1927. — Réapparition des signes d'activité des lésions droites. B. K. + et des mêmes images radiologiques qu'autrefois dans le lobe supérieur. Le poumon est à la paroi.

Mars 1927. — Apparition spontanée d'un épanchement hémorragique du côté droit, avec réactions articulaires au niveau des genoux (Hydarthrose).

Juin 1927. — Deux ponctions évacuatrices sont pratiquées, la dernière suivie d'insufflation gazeuse. Le pneumothorax est ainsi reconstitué et régulièrement continué.

Depuis ce temps le collapsus est resté parfaitement efficace. L'état général est excellent et le malade a repris une activité professionnelle normale.

Durant tout le cours de cette longue histoire le côté opposé n'a donné aucun signe d'activité.

PNEUMOTHORAX CREES POUR DES LESIONS BILATERALES

OBSERVATION VII

Mademoiselle F..., 31 ans.

Rien dans les antécédents.

Histoire clinique :

1916. — Pleurésie droite spontanément résorbée pendant séjour de trois mois dans le midi.

1921. — Episode aigu pulmonaire. La radiographie montre : une infiltration du tiers supérieur gauche excavé sous la clavicule.

A droite quelques taches discrètes dans le sommet. Cure de repos à Davos.

1924. — La caverne persistant on crée un pneumothorax artificiel gauche rapidement efficace. Le moignon est bien collabé suspendu à l'extrême sommet par une bride filiforme.

1927. — Abandon du pneumothorax. La malade passe l'hiver 1928 à Paris où la guérison apparente est constatée. La radiographie prise à cette époque montre en effet :

A gauche : la poche résiduelle du pneumo non encore symphysé au niveau du 1/3 supérieur.

A droite : les petites zones condensées du sommet ont régressé, sont plus ténues.

Vie demi-normale pendant six mois sans surmenage.

Juillet 1928. — Apparition d'une poussée évolutive dans le sommet droit qui s'ulcère rapidement. Malgré un repos complet la caverne grandit. Cure de repos à Davos.

Juillet 1929. — La situation est la suivante :

Enorme cavité du lobe supérieur droit.

Le côté gauche va bien et présente dans le tiers supérieur des taches nombreuses d'aspect fibro-calcaire paraissant fixées.

Cet état se maintient jusqu'en juillet 1930.

Juillet 1930. — On assiste à un effacement progressif de la grosse caverne droite mais dans le même temps le côté opposé redevient actif se condense et s'ulcère à peu près au même niveau qu'autrefois.

En résumé, pneumothorax artificiel gauche créé pour lésions ulcérées du lobe supérieur avec un sommet opposé légèrement atteint.

Abandon du pneumothorax 3 ans après et guérison apparente bilatérale.

6 mois après l'arrêt du collapsus gauche réactivation des anciennes lésions droites et large ulcération à ce niveau.

Réapparition des lésions gauches 2 ans 1/2 après cessation du pneumothorax.

Juin 1931. — On pratique une phrénicectomie gauche.

Janvier 1932. — Entrée au Grand Hôtel du Mont-Blanc.

La radiographie montre alors :

A gauche : diaphragme remonté et paralysé. Le lobe supérieur présente une caverne derrière la clavicule entourée de nombreuses taches fibro-calcaires.

A droite : quelques condensations éparses dans le sommet. On ne retrouve pas l'image lacunaire.

Température subfébrile.

Expectoration : 8 à 10 crachats, B. K. +.

Dyspnée d'effort assez marquée.

OBSERVATION VIII

Monsieur B... de M..., 24 ans.

Début : insidieux sous forme de bronchite trainante en 1920.

1921. — Les lésions sont bilatérales mais prédominent à gauche (pas de documentation radiographique).

Le Dr Kuss crée à cette époque un pneumothorax artificiel gauche rapidement efficace et sans histoire.

L'état général reprend.

1923. — Les lésions droites donnant des signes d'activité, on abandonne le pneumothorax gauche dont la durée est jugée suffisante, et l'on crée un pneumothorax artificiel droit (Dr Kuss). Ce deuxième pneumothorax donne toute satisfaction et on l'entretient jusqu'en 1926.

1926. — Abandon du pneumothorax droit.

Guérison apparente constatée et maintenue pendant 4 ans.

Juin 1930. — Réactivation lente des lésions droites constatée par le Dr Kuss qui tente la reconstitution du pneumothorax et obtient un décollement complet.

Juillet 1931. — Pendant un séjour à Chamonix le malade vient se faire insuffler régulièrement au Chalet de la Côte (Dr Tobé). Il présente un collapsus complet. Il n'y a pas de liquide. Le médiastin est en place.

Le côté gauche n'a absolument pas bougé depuis 1923.

En résumé : pneumothorax bilatéral alternatif ayant donné un excellent résultat et abandonné délibérément.

Récidive à droite, 4 ans après, rapidement arrêtée par la reconstitution possible et complète du collapsus.

Guérison du côté gauche maintenue 8 ans après l'arrêt des insufflations.

Conclusions

I. — L'abandon délibéré du pneumothorax thérapeutique, ce dernier jugé comme ayant fait son œuvre, est toujours un acte grave, souvent imprudent, qui demande une longue observation clinique.

II. — Nous pensons qu'il est pratiquement impossible de s'entourer de toutes les garanties indispensables à l'arrêt définitif du collapsus. En particulier le « test » le plus probant, à savoir l'image radiologique pulmonaire redevenue normale, ne nous apparaît pas comme absolu. Il est en effet d'observation courante que des « effacements » radiologiques complets avec toutes les apparences d'une restitution intégrale ne sont souvent que transitoires et que les mêmes images du début réapparaissent facilement dans les années qui suivent.

III. — Les statistiques en faveur de l'abandon délibéré du pneumothorax artificiel, pour remarquables qu'elles soient, ne nous paraissent pas dans l'ensemble jouir d'un recul suffisant.

IV. — Parmi les dangers signalés que peut présenter l'entretien prolongé du pneumothorax nous retiendrons surtout les pleurésies septiques survenant au cours d'une infection intercurrente, mais nous croyons ces

accidents très rares étant donné la technique actuelle et ils ne nous semblent pas devoir être mis en parallèle avec les risques de reprise d'activité qu'entraîne l'arrêt du collapsus.

V. — Les guérisons anatomiques naturelles sont rares et demandent que soient réalisées des conditions de résistivité de terrain dont la nature nous échappe. Le pneumothorax artificiel ne change rien à cet état de choses ; il est le moyen d'immobilisation locale qui bloque le processus caséeux et favorise l'organisation scléreuse, mais il modifie difficilement le terrain même associé à la cure de repos. Il importe par conséquent de l'entretenir le plus longtemps possible si l'on ne veut pas quelques mois ou quelques années après l'abandon se trouver exactement dans les mêmes conditions pathologiques qu'au début de la maladie ; avec cette différence que le collapsus sera presque certainement impossible à réaliser à nouveau, ou ne sera pas efficace.

VI. — Nous sommes donc partisan convaincu de l'entretien très longtemps prolongé du pneumothorax thérapeutique. Ainsi il nous apparaît qu'assez rarement au bout de six à huit ans d'insufflation la question de l'abandon délibéré du pneumothorax se posera pratiquement.

A notre avis en effet trois grands groupes de pneumothorax nous semblent devoir être établis :

A) Les pneumothorax de « rétraction ».

Ces derniers entrent dans le cadre de ceux que l'on peut abandonner après un temps déterminé d'efficacité. Mais par prudence et parce que « nous savons dans quel

état le malade se trouve avec son pneumothorax ; nous ne savons pas de façon certaine comment il se trouvera sans lui... » nous « le laissons tel qu'il est ». (Dumarest) et n'hésiterons pas à l'entretenir très longtemps pendant six à sept ans.

Nous comprenons dans ce groupe les pneumothorax pour lesquels une compression temporaire a été nécessaire mais qu'on a pu ensuite après obtention de l'efficacité ramener à une pression négative.

B) Les pneumothorax qu'un processus symphysant irréductible recollera indépendamment de nous. Dans ces cas le pronostic sera d'autant meilleur évidemment que cette symphyse viendra plus tard. Dans ce groupe d'ailleurs entrera la grande majorité des cas. En dehors en effet des pneumothorax partiels ou de ceux chez lesquels un épanchement pleural aura accéléré la symphyse, bon nombre de pneumothorax du premier groupe marqueront au bout de six à sept ans une tendance invincible à la symphyse et suivant l'expression consacrée « mourront de leur belle mort ». Ces cas paraissent réaliser l'idéal car la réexpansion du moignon se fait alors lentement et suit progressivement le travail d'organisation fibreuse pleuro-pulmonaire. En particulier on aura tout intérêt à attendre les manifestations de cette tendance symphysante progressive chez les pneumothorax que nous avons appelés électifs secondairement.

C) Enfin dans un troisième groupe entreront les pneumothorax définitifs dont le moignon entouré d'une véritable coque fibreuse est irrémédiablement bloqué.

Nous avons vu combien en général dans ces cas les

lésions sous-jacentes étaient importantes et par conséquent la « pétrification » du moignon plutôt favorable ; à telles enseignes d'ailleurs qu'on a tendance actuellement à compléter cette immobilisation par une phrénicectomie complémentaire.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
P. COURMONT.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 9 Juin 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

Pour le Recteur et par délégation :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
KLEINCLAUTZ.

Bibliographie

- ARMAND-DELILLE, VIBERT ET J. BERTRAND. — Les résultats éloignés du pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant (Académie de Médecine, 3 juin 1930).
- L. BERNARD. — Etat actuel des méthodes collapsothérapiques (Monde Médical, 1^{er} et 15 novembre 1931).
- L. BERNARD, BARON, TRIBOULET ET VALTIS. — La cessation du pneumothorax artificiel. Variations de sa durée utile. Règles de conduite. (Presse Médicale, 6 juillet 1929).
- R. BURNAND ET L. DE WECK. — Etude radio-clinique de la résorption du pneumothorax à propos de 51 cas observés depuis 7 à 19 années. (Journal médical de Leysin, janvier 1931).
- PAUL COURMONT. — Triple pneumothorax dont deux simultanés dans un cas de tuberculose bilatérale à bascule (Lyon Méd., n° 49, p. 1).
- M. DEGEORGES. — Du pronostic en tuberculose pulmonaire. Recherches sur la valeur de quelques examens de laboratoire (Lyon, 1929, Bosc Frères et Riou) — se rapporter à cette thèse renfermant une bibliographie spéciale importante sur la question du pronostic.
- F. DUMAREST, C. MURARD ET P. BRETTE. — La Pratique du pneumothorax thérapeutique (Masson et Cie, 1923).

- GUINARD (URBAIN). — L'avenir éloigné de la tuberculose pulmonaire (Thèse, Paris, 1925, Maloine).
- JAQUEROD (LEYSIN). — Les processus naturels de guérison de la tuberculose pulmonaire (Masson 1925).
- G. KUSS. — Traitement de la tuberculose pulmonaire (Paris, Baillière et Fils, 1911).
- C. MURARD. — Evolution et résultats éloignés du pneumothorax. Valeur fonctionnelle du poumon collabé depuis longtemps (Thèse, Lyon, 1913).
- P. NAVEAU. — Les résultats du pneumothorax thérapeutique. (Paris, 1925, Amédée Legrand.)
- E. RIST. — La Tuberculose (Armand Colin, 1927).
- E. RIST. — Quand faut-il interrompre le pneumothorax thérapeutique ? (Revue de la tuberculose n° 8, 1930)
- J. ROLLAND. — Evolution des lésions dans le poumon collabé (Annales de Médecine, Avril 1925).
- CH. SAUGMAN (Vejlefjord, Danemark). — Résultats éloignés du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax thérapeutique. (Paris Médical, 16 juillet 1921).
- J. TERRASSE. — Essai sur le pneumothorax artificiel bilatéral et simultané (Paris, Louis Arnette, 1928) — voir bibliographie importante en particulier au sujet de la bilatéralisation.
- P. VÉRAN. — La cessation du pneumothorax artificiel. Ses indications. L'avenir des malades. (Paris 1932, G. Doin et Cie).

